

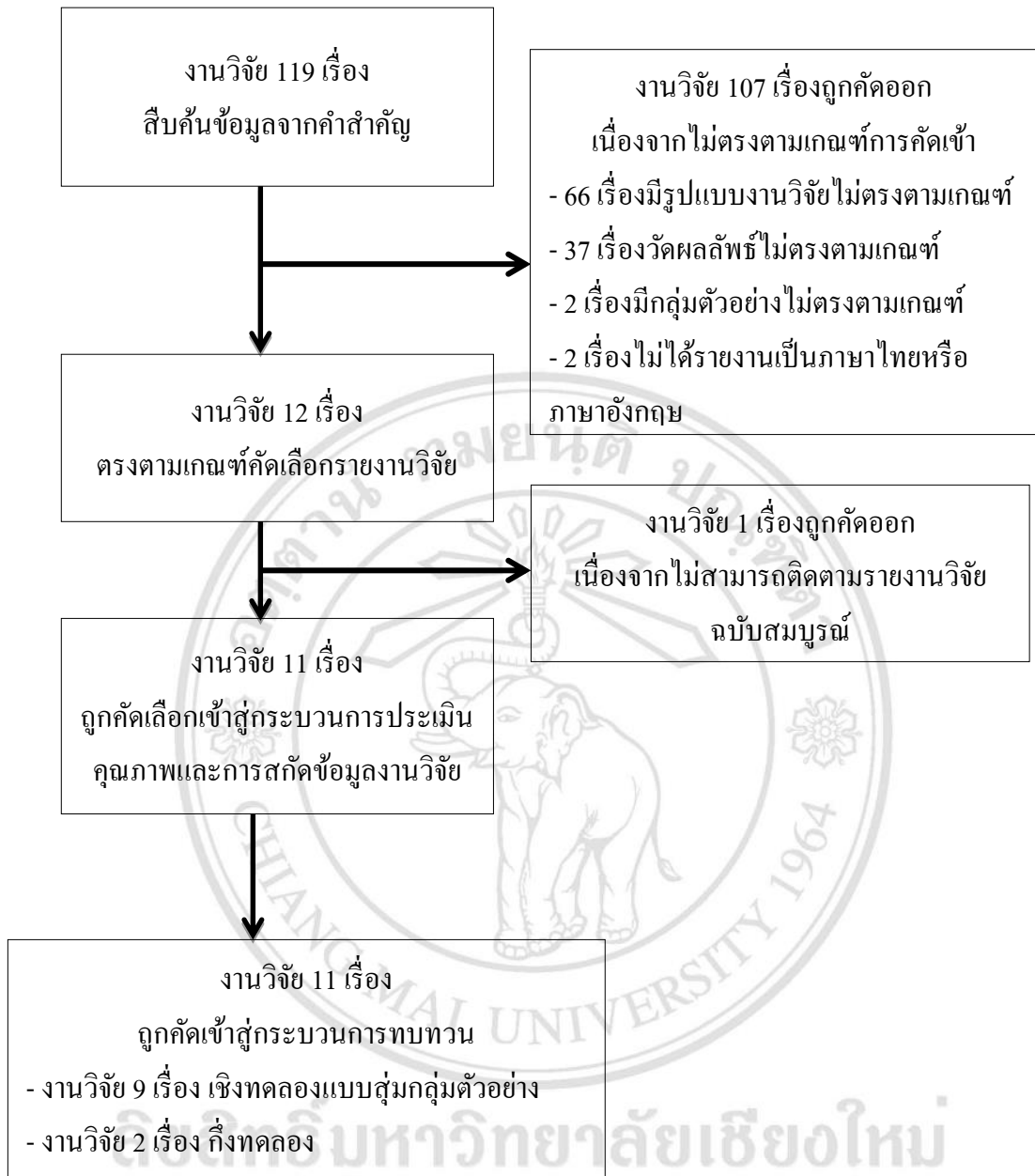
บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและการอภิปรายผล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการทบทวนอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการจัดการอาคารเนือยล้ำในผู้ลด โดยคัดเลือกงานวิจัยที่เป็นงานวิจัยเชิงทดลองที่มีกลุ่มควบคุมและมีการสุ่มตัวอย่างเข้ารับการทดลอง หรืองานวิจัยกึ่งทดลอง เป็นรายงานวิจัยที่เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ทั้งที่ได้รับการตีพิมพ์และไม่ได้รับการตีพิมพ์ เผยแพร่ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2541-2556 (ค.ศ. 1998-2013) ผลจากการสืบค้นรายงานวิจัย ที่ศึกษาเกี่ยวข้องกับการจัดการอาคารเนือยล้ำในผู้ลดตามคำสำคัญที่ระบุไว้ทั้งหมดจำนวน 119 เรื่อง งานวิจัยจำนวน 107 เรื่อง ถูกคัดออกเนื่องจากไม่ตรงตามเกณฑ์การคัดเข้า และงานวิจัยจำนวน 11 เรื่อง ถูกคัดออกเนื่องจากไม่สามารถติดตามเอกสารรายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์และไม่สามารถติดต่อผู้เขียนได้ งานวิจัยที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกโดยใช้แบบคัดกรองรายงานการวิจัยและแบบประเมินคุณภาพการวิจัย มีจำนวน 11 เรื่อง ที่สามารถนำเข้าสู่การทบทวน ดังแสดงรายละเอียดไว้ใน ภาพที่ 4-1

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved



ภาพที่ 4-1. ขั้นตอนการคัดเลือกงานวิจัยเข้าสู่การทบทวน

การวิเคราะห์ข้อมูลได้นำเสนอในรูปแบบการบรรยายประกอบตาราง โดยแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะทั่วไป คุณลักษณะเชิงระเบียบวิธีวิจัย

ส่วนที่ 2 คุณภาพของรายงานวิจัย

ส่วนที่ 3 วิธีการจัดการอาการเหนื่อยล้าในผู้ทดลอง

ส่วนที่ 1 ลักษณะทั่วไป คุณลักษณะเชิงระเบียบวิธีวิจัย

ผลการสืบค้นงานวิจัยและคัดกรองรายงานการวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการจัดการอาการเหนื่อยล้าในผู้ทดลองที่เผยแพร่ระหว่างปี พ.ศ. 2541 ถึง 2556 ทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ โดยใช้แบบคัดกรองงานวิจัยและแบบประเมินคุณภาพของงานวิจัย พบงานวิจัยที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกจำนวน 11 เรื่อง มีการออกแบบงานวิจัยเชิงทดลองที่มีกลุ่มควบคุมและมีการสุ่มตัวอย่างเข้ารับการทดลองจำนวน 8 เรื่อง (ร้อยละ 72.7) งานวิจัยได้รับการตีพิมพ์ในวารสารทางวิชาการจำนวน 10 เรื่อง (ร้อยละ 90.9) ทำการศึกษาในต่างประเทศจำนวน 8 เรื่อง (ร้อยละ 72.7) ได้แก่ ประเทศสหรัฐอเมริกาจำนวน 4 เรื่อง ประเทศไต้หวัน 2 เรื่อง ประเทศฮ่องกง 1 เรื่อง และประเทศสหรัฐอเมริกา สวิสเซอร์แลนด์ และแคนาดา ซึ่งเป็นการศึกษาแบบพหุสถาบันจำนวน 1 เรื่อง เป็นงานวิจัยที่ตีพิมพ์ในระหว่างปี พ.ศ. 2553-2556 (ค.ศ. 2010-2013) มากที่สุดจำนวน 5 เรื่อง (ร้อยละ 45.4) งานวิจัยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ (มากกว่าหรือเท่ากับ 30 คน) จำนวน 9 เรื่อง (ร้อยละ 81.8) และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีจำนวนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 1-100 คนจำนวน 8 เรื่อง (ร้อยละ 72.7) งานวิจัยทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ทดลองปกติครั้งแรกจำนวน 6 เรื่อง (ร้อยละ 54.5) วิธีจัดการกับอาการเหนื่อยล้าในผู้ทดลองค้นพบมากที่สุด คือ การเบ่งคลออดมีจำนวน 9 เรื่อง (ร้อยละ 81.8) ดังแสดงรายละเอียดไว้ในตารางที่ 4-1

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright © by Chiang Mai University
All rights reserved

ตารางที่ 4-1

จำนวนและร้อยละของรายงานวิจัย จำแนกตามลักษณะทั่วไปของงานวิจัย ($n = 11$)

ลักษณะข้อมูลทั่วไปของงานวิจัย	จำนวน	ร้อยละ
ระเบียบวิธีการวิจัย		
งานวิจัยเชิงทดลอง (RCTs)	8	72.7
งานวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research)	3	27.3
รายงานการวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์		
วารสาร	10	90.9
วิทยานิพนธ์	1	9.1
สถานที่ทำวิจัย		
ในประเทศ	3	27.3
ต่างประเทศ	8	72.7
ประเทศไต้หวัน	2	25
ประเทศฮ่องกง	1	12.5
ประเทศสหรัฐอเมริกา	4	50
ประเทศสหรัฐอเมริกา สวิตเซอร์แลนด์ และแคนาดา	1	12.5
ปีที่ได้รับการตีพิมพ์		
พ.ศ. 2541 - 2544 (ค.ศ. 1998 - 2001)	2	18.2
พ.ศ. 2545 - 2548 (ค.ศ. 2002 - 2005)	2	18.2
พ.ศ. 2549 - 2552 (ค.ศ. 2006 - 2009)	2	18.2
พ.ศ. 2553 - 2556 (ค.ศ. 2010 - 2013)	5	45.4
ขนาดกลุ่มตัวอย่าง		
กลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก ($n < 30$)	2	18.2
กลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ ($n \geq 30$)	9	81.8
จำนวนกลุ่มตัวอย่าง		
จำนวน ≤ 100 คน	8	72.7
จำนวน 101 - 1,000 คน	2	18.2
จำนวน $> 1,000$ คน	1	9.1

ตารางที่ 4-1 (ต่อ)

ลักษณะข้อมูลทั่วไปของงานวิจัย	จำนวน	ร้อยละ
ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง		
ผู้คลอดปคตครรภแรก	6	54.5
ผู้คลอดคที่ไครับคการชคคนำคการคลอด	1	9.1
ผู้คลอดคครรภแรกไครับคยาระงับคควมรู้สคค	3	27.3
ผู้คลอดคครรภแรกและคครรภลคคงที่ไครับคยาระงับคควมรู้สคค	1	9.1
วคคการจคคการอคการเหนคคยลคค		
วคคการเบงคคลอด	9	81.8
โปรแกรมคการจคคการอคการเหนคคยลคค	1	9.1
คการฟคงเพลล	1	9.1

ส่วนที่ 2 คุณภาพของรายงานวิจัย

การประเมินลักษณะคุณภาพของรายงานวิจัยโดยใช้เครื่องมือการประเมินคุณภาพที่พัฒนาโดยสถาบัน โจแอนนาบริกส์ ซึ่งมีเกณฑ์ในการประเมินจำนวน 10 ข้อ ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์การประเมินคุณภาพร้อยละ 50 พบว่ารายงานวิจัยส่วนใหญ่จำนวน 8 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 72.7 ที่ผ่านเกณฑ์จำนวน 6 ข้อ และจำนวน 3 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 27.3 ที่ผ่านเกณฑ์จำนวน 7 ข้อ เมื่อพิจารณาแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยรายข้อพบว่างานวิจัยจำนวน 11 เรื่องคิดเป็นร้อยละ 100 ผ่านเกณฑ์ข้อที่ 8, 9 และ 10 ที่ประเมินเกี่ยวกับการประเมินผลลัพธ์ด้วยวิธีการเดียวกันในทุกกลุ่ม การประเมินผลลัพธ์ด้วยวิธีที่น่าเชื่อถือ และการวิเคราะห์ทางสถิติที่เหมาะสมตามลำดับ นอกจากนี้งานวิจัยทั้งหมดไม่ผ่านเกณฑ์ข้อที่ 3 และ 5 ที่ประเมินเกี่ยวกับผู้วิจัยได้รับการปกป้องจากการแบ่งกลุ่มเข้ารับการทดลอง และผู้ประเมินผลลัพธ์ได้รับการปกป้องจากการแบ่งกลุ่มเข้ารับการทดลองตามลำดับ รายงานวิจัยที่นำเข้ามาสู่การทบทวนจำนวน 11 เรื่องผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพทั้งหมด ดังแสดงรายละเอียดไว้ในตารางที่ 4-2

ตารางที่ 4-2

ลักษณะคุณภาพของงานวิจัย (n = 11)

ลักษณะคุณภาพของงานวิจัย	จำนวน	ร้อยละ
รายงานวิจัยที่ผ่านเกณฑ์ (เกณฑ์ขั้นต่ำ 5 ข้อ)	11	100
ผ่านเกณฑ์ 6/10	8	72.7
ผ่านเกณฑ์ 7/10	3	27.3
รายงานวิจัยที่ผ่านเกณฑ์ (รายชื่อ)		
ข้อที่ 8, 9, 10	11	100
ข้อที่ 7	10	90.9
ข้อที่ 1	7	63.6
ข้อที่ 4	5	45.5
ข้อที่ 2	3	27.3
รายงานวิจัยที่ไม่ผ่านเกณฑ์ (รายชื่อ)		
ข้อที่ 3, 5	11	100
ข้อที่ 2	8	72.7
ข้อที่ 4	6	54.5
ข้อที่ 1	4	36.4
ข้อที่ 7	1	9.1

ส่วนที่ 3 วิธีการจัดการอาการเหนื่อยล้าในผู้คลอด

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากรายงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการอาการเหนื่อยล้าในผู้คลอดที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกจำนวนทั้งสิ้น 11 เรื่อง (ภาคผนวก ข) พบว่ามีวิธีการจัดการอาการเหนื่อยล้า 3 วิธี ได้แก่ การแบ่งคลอดจำนวน 9 เรื่อง แบ่งเป็นการแบ่งคลอดแบบระยะเวลาจำนวน 3 เรื่อง และการแบ่งคลอดแบบธรรมชาติจำนวน 6 เรื่อง โปรแกรมการจัดการอาการเหนื่อยล้า 1 เรื่อง และการฟังเพลง 1 เรื่อง วิธีการจัดการอาการเหนื่อยล้าทั้ง 3 วิธีมีการจัดกระทำในกลุ่มตัวอย่างที่หลากหลาย ได้แก่ ผู้คลอดปกติ ผู้คลอดที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทางช่องเหนือไขสันหลัง ผู้คลอดที่ได้รับการชักนำคลอด ซึ่งแต่ละรายงานวิจัยมีความแตกต่างกันมีรายละเอียด ดังนี้ 1) เครื่องมือที่ใช้ประเมินอาการเหนื่อยล้าต่างกัน เช่น MFSC, VAS เป็นต้น 2) ช่วงเวลาที่ประเมินอาการเหนื่อยล้าต่างกัน เช่น ในระยะที่ 1 ของการคลอด และในระยะที่ 4 ของการคลอด เป็นต้น 3) จำนวนครั้งในการประเมินอาการ

เหนือยล้าต่างกัน เช่น 1 ครั้ง 3 ครั้ง เป็นต้น และ 4) รายงานค่าสถิติต่างกัน เช่น ค่ากลาง ค่าเฉลี่ย เป็นต้น

การทบทวนอย่างเป็นระบบครั้งนี้พบวิธีการจัดการอาการเหนือยล้าที่หลากหลาย และมีความแตกต่างในการใช้เครื่องมือในการประเมิน จำนวนครั้งในการประเมิน และช่วงเวลาในการประเมิน รวมถึงข้อจำกัดของการรายงานข้อมูลทางสถิติในงานวิจัย ทำให้ไม่สามารถวิเคราะห์เปรียบเทียบผลลัพธ์ด้วยการวิเคราะห์แบบเมต้าได้ ผู้วิจัยจึงสรุปผลการทบทวนอย่างเป็นระบบแบบสรุปเชิงเนื้อหา โดยมีรายละเอียดของวิธีการจัดการอาการเหนือยล้าในแต่ละหมวดหมู่ ดังต่อไปนี้

วิธีที่ 1 วิธีการเบ่งคลอด

การทบทวนอย่างเป็นระบบครั้งนี้ ผู้วิจัยพบรายงานวิจัยเชิงปริมาณเกี่ยวกับการจัดการอาการเหนือยล้าในผู้คลอดด้วยวิธีการเบ่งคลอดจำนวน 9 เรื่อง แบ่งเป็นการศึกษาเชิงทดลองที่มีกลุ่มควบคุม และมีการสุ่มตัวอย่างเข้ารับการทดลองจำนวน 7 เรื่อง และเป็นการศึกษาทั้งทดลองจำนวน 2 เรื่อง พบการเปรียบเทียบวิธีการเบ่งคลอดอยู่ 2 แบบ คือ การเปรียบเทียบวิธีการเบ่งคลอดแบบระยะเวลา กับการเบ่งคลอดทันทีในผู้คลอด และการเปรียบเทียบวิธีการเบ่งคลอดแบบธรรมชาติกับการเบ่งคลอดแบบควบคุมขึ้นา ดังรายละเอียดต่อไปนี้

การเปรียบเทียบวิธีการเบ่งคลอดแบบระยะเวลากับการเบ่งคลอดทันทีในผู้คลอดที่ได้รับยา ระวังความรู้สึกทางช่องเหนือไขสันหลัง

การศึกษาประสิทธิผลการเปรียบเทียบวิธีการเบ่งคลอดแบบระยะเวลากับการเบ่งคลอดทันที จำนวน 3 เรื่อง ศึกษาในผู้คลอดที่ได้รับยา ระวังความรู้สึกทางช่องเหนือไขสันหลังในประเทศสหรัฐอเมริกาทั้งหมด เป็นงานวิจัยเชิงทดลองที่มีกลุ่มควบคุมและมีการสุ่มตัวอย่างเข้ารับการทดลอง และทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ (Fraser et al., 2000; Hansen, Clark, & Foster, 2002; Mayberry et al., 1999) โดยการศึกษาของ เฟย์เซอร์ และคณะ (Fraser et al., 2000) เป็นการศึกษาแบบ พหุสถาบันทำการศึกษาใน 3 ประเทศ ได้แก่ ประเทศสหรัฐอเมริกา สวิตเซอร์แลนด์ และประเทศ แคนาดา ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 1,862 คน หลังจากปากมดลูกเปิดหมด ผู้คลอดได้รับการสุ่ม แบ่งชั้นตามสถาบันและตามการได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 936 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 926 คน นอกจากนี้ยังพบการศึกษาของ เมย์เบอร์รี่ และคณะ (Mayberry et al., 1999) ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 153 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มทดลองจำนวน 81 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 72 คน และการศึกษาของ ฮานเซน และคณะ (Hansen et al., 2002) ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 264 คน สุ่มเข้ากลุ่มๆ ละ 132 คน และแบ่งแต่ละกลุ่มตามลำดับการตั้งครรภ์ มีกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 4 กลุ่มๆ ละ 66 คน

วิธีการเบ่งคลอดแบบระยะเวลาเป็นการจัดกระทำโดยให้ผู้คลอดเริ่มเบ่งคลอดโดยพิจารณาตามเกณฑ์ที่แต่ละรายงานวิจัยกำหนด ดังนี้ 1) เริ่มเบ่งคลอดหลังจากปากมดลูกเปิดหมดร่วมกับรู้สึกอยากเบ่งเต็มที่จนไม่สามารถควบคุมได้ (Fraser et al., 2000; Hansen et al., 2002; Mayberry et al., 1999) หรือ 2) เห็นส่วนนำของศีรษะทารกในครรภ์ทางปากช่องคลอด (Fraser et al., 2000; Hansen et al., 2002) ซึ่งเป็นการแยกกันของแคมปากช่องคลอด 2 นิ้วมีขณะที่มีการหดตัวของมดลูก (Hansen et al., 2002) หรือ 3) ชะลอการเบ่งคลอดอย่างน้อย 1 ชั่วโมง (Mayberry et al., 1999) หรือ 2 ชั่วโมง (Fraser et al., 2000) หรือกำหนดตามลำดับการตั้งครรภ์ให้ชะลออย่างน้อย 2 ชั่วโมงในผู้คลอดครรภ์แรกหรืออย่างน้อย 1 ชั่วโมงในผู้คลอดครรภ์หลัง ผู้คลอดจะเริ่มเบ่งคลอดเมื่อตรวจพบว่ามีอาการแสดงจากเกณฑ์ที่กำหนดอย่างใดอย่างหนึ่งที่เกิดขึ้นก่อน สำหรับการศึกษานี้ของ แสแนชเชน และคณะ (Hansen et al., 2002) ผู้คลอดในกลุ่มทดลองเบ่งแบบระยะเวลาในขณะที่กลุ่มควบคุมเบ่งแบบวาล์วชาแล้ว โดยเบ่งคลอดทุกครั้งที่มีการหดตัวของมดลูก เบ่งในท่านอนตะแคง (lateral tilt or decubitus position) ส่วนการศึกษาของ เฟย์เซอร์ และคณะ (Fraser et al., 2000) และ เมย์เบอร์รี่ และคณะ (Mayberry et al., 1999) ในรายงานการวิจัยไม่ได้กล่าวถึงรายละเอียดของท่าและเทคนิคในการเบ่งคลอด ส่วนผู้คลอดในกลุ่มควบคุมเริ่มเบ่งคลอดทันทีเมื่อปากมดลูกเปิดหมด (Fraser et al., 2000; Hansen et al., 2002; Mayberry et al., 1999)

การประเมินอาการเหนื่อยล้าในงานวิจัยทั้ง 3 เรื่องใช้เครื่องมือที่แตกต่างกัน จำนวนครั้งในการประเมินต่างกัน และให้ผลลัพธ์การจัดการอาการเหนื่อยล้าต่างกัน ดังเช่น การศึกษาของ เมย์เบอร์รี่ และคณะ (Mayberry et al., 1999) ประเมินอาการเหนื่อยล้า 2 ครั้งโดยใช้เครื่องมือ FSC ประเมินครั้งแรกหลังจากปากมดลูกเปิดหมด และประเมินครั้งที่ 2 ที่ 1 ชั่วโมงหลังคลอด ผลการศึกษาไม่พบความแตกต่างระหว่างสองกลุ่ม ส่วนการศึกษาของ เฟย์เซอร์ และคณะ (Fraser et al., 2000) ประเมินอาการเหนื่อยล้า 1 ครั้ง จากการวินิจฉัยของแพทย์ พบผู้คลอดมีอาการเหนื่อยล้าในกลุ่มทดลองจำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 0.8 และพบผู้คลอดที่มีอาการเหนื่อยล้าในกลุ่มควบคุมจำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 1.2 ไม่พบความแตกต่างของจำนวนผู้คลอดที่มีอาการเหนื่อยล้าระหว่างสองกลุ่ม และการศึกษาของ แสแนชเชน และคณะ (Hansen et al., 2002) ประเมินอาการเหนื่อยล้าทั้งหมด 3 ครั้ง เริ่มประเมินทั้งสองกลุ่มโดยใช้เครื่องมือ MFSC และ VAS เมื่อผู้คลอดได้รับยาระงับความรู้สึกทางช่องเหนือไขสันหลัง ประเมินครั้งที่ 2 โดยใช้เครื่องมือ VAS ประเมินภายใน 15 นาทีหลังปากมดลูกเปิดหมด และประเมินครั้งที่ 3 โดยใช้เครื่องมือ VAS ประเมินภายใน 60 นาทีหลังคลอดรก ผลการศึกษาพบว่าผู้คลอดครรภ์แรกในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนอาการเหนื่อยล้าต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ในการประเมินครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3

สรุปได้ว่าการเปรียบเทียบวิธีการแบ่งคลอดแบบระยะเวลากับการแบ่งคลอดทันทีในผู้คลอดที่ได้รับยาระดับความรู้สึกทางช่องเหนือไขสันหลัง มีการจัดกระทำโดยเริ่มแบ่งคลอดหลังจากปากมดลูกเปิดหมดร่วมกับผู้คลอดมีความรู้สึกอยากเบ่งเต็มที่หรือในกรณีที่ผู้คลอดไม่มีความรู้สึกอยากเบ่งจะกำหนดเวลาชะลอการเริ่มเบ่งคลอดเพื่อให้ศีรษะทารกในครรภ์เคลื่อนต่ำลงในอุ้งเชิงกรานมากที่สุดก่อนเริ่มเบ่ง สำหรับผู้คลอดในกลุ่มควบคุมเริ่มเบ่งคลอดทันทีที่ปากมดลูกเปิดหมด ซึ่งผลการศึกษาให้ผลลัพธ์ที่แตกต่างกัน

การเปรียบเทียบวิธีการแบ่งคลอดแบบธรรมชาติกับการแบ่งคลอดแบบควบคุมขึ้นมา

จากรายงานวิจัยเกี่ยวกับประสิทธิผลการเปรียบเทียบวิธีการแบ่งคลอดแบบธรรมชาติกับการแบ่งคลอดแบบควบคุมขึ้นมาทั้งหมด 6 เรื่องแบ่งเป็นรายงานวิจัยในผู้คลอดปกติครรภ์แรกจำนวน 4 เรื่อง (อชิษฐาน แต่แดงเพชร, นิลุบล รุจิรประเสริฐ, และ วิชดา ไชยศิวิมมงคล, 2555; Lai et al., 2009; Lam & McDonald, 2010; Yurachai, Ratinthorn, Serisathien, & Sinsuksa, 2009) และรายงานวิจัยในผู้คลอดที่ได้รับยาระดับความรู้สึกทางช่องเหนือไขสันหลังครรภ์แรกจำนวน 2 เรื่อง (Chang et al., 2011; Kelly et al., 2010) โดยมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

วิธีการแบ่งคลอดแบบธรรมชาติจำนวนทั้งหมด 6 เรื่องทำการศึกษาในประเทศไทย 2 เรื่อง ประเทศไต้หวัน 2 เรื่อง ประเทศฮ่องกง 1 เรื่อง และในประเทศสหรัฐอเมริกา 1 เรื่อง (อชิษฐาน แต่แดงเพชร และคณะ, 2555; Chang et al., 2011; Kelly et al., 2010; Lai et al., 2009; Lam & McDonald, 2010; Yurachai et al., 2009) แบ่งเป็นการศึกษาเชิงทดลองที่มีกลุ่มควบคุมและมีการสุ่มตัวอย่างเข้ารับการทดลองจำนวน 4 เรื่อง (อชิษฐาน แต่แดงเพชร และคณะ, 2555; Kelly et al., 2010; Lam & McDonald, 2010; Yurachai et al., 2009) และการศึกษากึ่งทดลองจำนวน 2 เรื่อง (Chang et al., 2011; Lai et al., 2009) เป็นการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก 1 เรื่อง ที่มีจำนวน 44 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 28 คน และกลุ่มควบคุม 16 คน (Kelly et al., 2010) และเป็นการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่จำนวน 5 เรื่อง ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่มๆ ละ 30 คน 1 เรื่อง (Yurachai et al., 2009) ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 66 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่มๆ ละ 33 คน 2 เรื่อง (อชิษฐาน แต่แดงเพชร และคณะ, 2555; Chang et al., 2011) ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 72 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่มๆ ละ 36 คน 1 เรื่อง (Lai et al., 2009) และในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 72 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มทดลองจำนวน 35 คนและกลุ่มควบคุมจำนวน 38 คน 1 เรื่อง (Lam & McDonald, 2010) รายงานวิจัยทั้ง 6 เรื่องสามารถสังเคราะห์วิธีการแบ่งคลอดแบบธรรมชาติจากรายงานการวิจัย มีรายละเอียดดังนี้

การแบ่งคลอดแบบธรรมชาติผู้คลอดในกลุ่มทดลองชะลอการเบ่งและพักจนกว่าผู้คลอดรู้สึกอยากเบ่งเต็มที่จนไม่สามารถควบคุมได้ (อชิษฐาน แต่แดงเพชร และคณะ, 2555; Chang et al., 2011;

Kelly et al., 2010; Lam & McDonald, 2010; Yurachai et al., 2009) ซึ่งมีการกำหนดเกณฑ์ก่อนผู้คลอดเริ่มเบ่ง นอกจากนี้มีการจัดกระทำในระยะเบ่งคลอด โดยผู้คลอดสามารถเบ่งตามความรู้สึกหรือตามสัญญาณ (อธิษฐาน แต่แดงเพชร และคณะ, 2555; Yurachai et al., 2009) กำหนดให้ในแต่ละครั้งเบ่งไม่เกิน 6 วินาที และมีเสียงหรือลมหายใจเล็ดลอดออกมาได้ (อธิษฐาน แต่แดงเพชร และคณะ, 2555) สำหรับการศึกษาของ ไไล และคณะ (Lai et al., 2009) นอกจากเริ่มเบ่งคลอดตามความรู้สึกอยากเบ่งยังมีการกำหนดให้ผู้คลอดในกลุ่มทดลองสามารถชะลอการเบ่งคลอดอย่างน้อย 2 ชั่วโมงหรือศีรษะทารกในครรภ์มีการเคลื่อนต่ำกว่ากระดูกอิสเซียมของเชิงกรานอย่างน้อย 1 เซนติเมตรร่วมกับท้ายทอยของทารกในครรภ์อยู่ด้านหลังหน้ารอยต่อกระดูกหัวหน้า มดลูกหดตัวถี่ขึ้น และมีความดันในโพรงมดลูกอย่างน้อย 30 มิลลิเมตรปรอท ในขณะที่ผู้คลอดในกลุ่มควบคุมเริ่มเบ่งคลอดทันทีเมื่อปากมดลูกเปิดหมดร่วมกับท้ายทอยของทารกในครรภ์อยู่ด้านหลังหน้ารอยต่อกระดูกหัวหน้า มดลูกหดตัวถี่ขึ้น และมีความดันในโพรงมดลูกอย่างน้อย 30 มิลลิเมตรปรอทเหมือนกัน การเริ่มเบ่งคลอดในทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกัน โดยผู้คลอดในกลุ่มทดลองกำหนดการเคลื่อนต่ำกว่ากระดูกอิสเซียมของเชิงกรานอย่างน้อย 1 เซนติเมตร และยังพบว่าทั้งสองกลุ่มใช้วิธีการเบ่งคลอดเหมือนกันคือ เบ่งคลอด 3-4 ครั้งต่อการหดตัวของมดลูก เบ่งนาน 4-6 นาทีต่อครั้ง ไม่กลั้นลมหายใจขณะเบ่ง และสามารถเบ่งแบบมีเสียงหรือลมหายใจเล็ดลอดออกมาได้

จากการศึกษาของ แซง และคณะ (Chang et al., 2011) ศึกษาในผู้คลอดที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทางช่องเหนือไขสันหลัง โดยผู้วิจัยจะหยุดให้ยาทันทีที่ปากมดลูกเปิดหมด นอกจากนี้ในระยะรอกคลอด ผู้คลอดได้รับการกระตุ้นให้เปลี่ยนท่า เช่น ท่านั่ง หรือท่านอนตะแคง เป็นต้น เพื่อส่งเสริมให้ส่วนนำของทารกในครรภ์เคลื่อนต่ำ รวมทั้งผู้คลอดได้รับการกระตุ้นให้เปลี่ยนท่าต่อเนื่องในระยะเบ่งคลอด และการศึกษาของ เคลลี่ และคณะ (Kelly et al., 2010) ผู้คลอดในกลุ่มทดลองหลังจากที่ตรวจพบว่าปากมดลูกเปิดหมด ได้รับคำแนะนำให้ชะลอการเบ่งคลอด 90 นาทีหรือเริ่มเบ่งเมื่อรู้สึกอยากเบ่งเต็มที่จนไม่สามารถควบคุมได้หรือเห็นส่วนนำของศีรษะทารกทางปากช่องคลอด สำหรับการศึกษาของ แซง และคณะ (Chang et al., 2011) ในระยะเบ่งคลอด ผู้คลอดได้รับคำแนะนำไม่ให้ใช้แรงเบ่งมากเกินไป และเบ่งเมื่อมดลูกมีการหดตัวเต็มที่ เป็นการเบ่งคลอดที่มีประสิทธิภาพ ผู้คลอดเริ่มเบ่งเมื่อมีความรู้สึกอยากเบ่งเต็มที่จนไม่สามารถควบคุมได้ในท่าศีรษะสูง เบ่ง 3-4 ครั้งต่อการหดตัวของมดลูก และเบ่งไม่เกิน 4-6 วินาทีต่อครั้ง ไม่กลั้นลมหายใจขณะเบ่ง สามารถเบ่งแบบมีเสียงหรือลมหายใจเล็ดลอดออกมา เบ่งจนกว่าจะเห็นศีรษะทารกทางปากช่องคลอด ในระยะคลอดผู้วิจัยให้ผู้คลอดคุณภาพท่าศีรษะสูงต่างๆ เช่น ท่านั่ง ท่านั่งของๆ เป็นต้น ทั้งนี้พบว่าผู้คลอดมีสีหน้าและพฤติกรรมไม่สุขสบายจากการหดตัวของมดลูก ผู้คลอดสามารถเลือกอยู่ในท่าทางที่ตนเองรู้สึก

สุขสบายมากที่สุดเพื่อบรรเทาอาการเจ็บครรภ์คลอด และเพื่อส่งเสริมการเคลื่อนตัวของส่วนนำของ ศีรษะทารกในครรภ์

ผู้คลอดในกลุ่มควบคุมได้รับการสนับสนุนให้เบ่งคลอดแบบควบคุมขึ้นนำ โดยเริ่มเบ่งคลอด กำหนดตามการเปิดขยายของปากมดลูก โดยเบ่งทันทีเมื่อปากมดลูกเปิดหมด (อิธิฐานัน แต่แดงเพชร และคณะ, 2555; Chang et al., 2011; Kelly et al., 2010; Yurachai et al., 2009) ผู้คลอดหายใจเข้าเต็มที่ กลั้นลมหายใจขณะเบ่งและเบ่งให้แรงและนานที่สุดเท่าที่จะสามารถทำได้โดย ไม่มีเสียงหรือลมหายใจ เล็ดลอดออกมา เบ่งซ้ำจนกว่ามดลูกคลายตัว เบ่งทุกครั้งที่มีมดลูกเริ่มหดตัว และการศึกษาของ แลม และ แมคโดนัลด์ (Lam & McDonald, 2010) กำหนดเกณฑ์ก่อนการเริ่มเบ่งคลอดในทั้งสองกลุ่มให้ผู้คลอดเริ่มเบ่งคลอดหลังจากตรวจพบว่าปากมดลูกเปิดหมดร่วมกับศีรษะทารกในครรภ์เคลื่อนต่ำกว่า ระดับกระดูกอิติเศียลของเชิงกรานอย่างน้อย 1 เซนติเมตร สำหรับผู้คลอดในกลุ่มควบคุมเริ่มเบ่งแม้ว่า ผู้คลอดจะยังไม่รู้สึกอยากเบ่งก็ตาม ส่วนผู้คลอดในกลุ่มทดลองเริ่มเบ่งเมื่อรู้สึกอยากเบ่งเต็มที่จนไม่สามารถควบคุมได้เท่านั้น จากการศึกษาของ แชน และคณะ (Chang et al., 2011) ผู้วิจัยให้ผู้คลอดในกลุ่มทดลองเบ่งคลอดแบบวาล์วชาล์วาในท่านอนหงายชันเข่า 30 องศา แยกเข่าออก ก้มหน้าคางชิดอก ขณะเบ่ง และเบ่งก่อนเห็นส่วนนำศีรษะทารกในครรภ์ทางช่องคลอด และเบ่งคลอดต่อในท่าขึ้นขาหยั่ง ก่อนเบ่งทุกครั้งผู้คลอดต้องสูดลมหายใจเข้าลึกๆ กลั้นลมหายใจขณะเบ่งและห้ามมีเสียงหรือลมหายใจ เล็ดลอดออกมาเบ่งทุกครั้งที่มีการหดตัวของมดลูกเบ่งได้ 4-5 ครั้ง และแต่ละครั้งนาน 10 วินาที และจากการศึกษาของ เคลลี่ และคณะ (Kelly et al., 2010) ผู้คลอดในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง เบ่งคลอด 3-4 ครั้งต่อการหดตัวของมดลูก เบ่งลงบนท้ายค้ำด้วยการเบ่งอุจจาระ ไม่กำหนดระยะเวลา การเบ่งในแต่ละครั้ง เบ่งแบบมีเสียงหรือลมหายใจเล็ดลอดออกมาหรือไม่ก็ได้ และสามารถเบ่งคลอด ในท่าที่ต้องการ เช่น นอนตะแคง นอนหงายยกศีรษะสูง ท่านั่ง เป็นต้น

วิธีการเบ่งคลอดแบบธรรมชาติร่วมกับการจัดทำ พบจากการศึกษาของ มณีวรรณ ยุระชัย และคณะ (Yurachai et al., 2009) ที่ผู้คลอดสามารถเลือกท่าคลอดได้ตามต้องการ ซึ่งผู้คลอดในกลุ่มทดลอง ร้อยละ 66.7 เลือกใช้ท่าคลอดศีรษะสูงในระดับ 30 และ 60 องศา เช่นเดียวกับการศึกษาของ แลม และ แมคโดนัลด์ (Lam & McDonald, 2010) รวมทั้งการศึกษาของ เคลลี่ และคณะ (Kelly et al., 2010) สำหรับการศึกษาของ อิธิฐานัน แต่แดงเพชร และคณะ (2555) ให้ผู้คลอดเบ่งในท่าศีรษะสูง 30 องศา ในห้องรอคลอดจนกว่าเห็นส่วนนำของศีรษะทารกในครรภ์ทางปากช่องคลอด หลังจากนั้นให้เบ่ง คลอดในท่าขึ้นขาหยั่ง นอกจากนี้การศึกษาของ ไไล และคณะ (Lai et al., 2009) ให้ผู้คลอดเบ่งคลอด ในท่านอนหงายศีรษะสูง (Fowler's position) ก้มหน้าคางชิดอก จับเข่าทั้งสองข้าง และแยกขาออก จากกัน

การประเมินอาการเหนื่อยล้าของงานวิจัยทั้ง 6 เรื่องใช้เครื่องมือต่างกัน จำนวนครั้งในการประเมินต่างกัน และให้ผลลัพธ์การจัดการอาการเหนื่อยล้าต่างกัน ดังเช่น การศึกษาของ มณีวรรณ ยุระชัย และคณะ (Yurachai et al., 2009) ประเมินอาการเหนื่อยล้าโดยใช้เครื่องมือ FSC วัดผลที่ 2 ชั่วโมงและในช่วง 12-24 ชั่วโมงหลังคลอด ผลการศึกษาพบว่าผู้คลอดในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนอาการเหนื่อยล้าทั้งสองระยะต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) สำหรับการศึกษาของ อธิษฐาน แต่แดงเพชร และคณะ (2555) และการศึกษาของ ไไล และคณะ (Lai et al., 2009) ประเมินอาการเหนื่อยล้าโดยใช้เครื่องมือ MFSC เหมือนกัน แต่วัดผลในช่วงเวลาการต่างกัน ได้แก่ วัดผลที่ 2, 12 และ 24 ชั่วโมงหลังคลอด ผลการศึกษาพบว่าผู้คลอดในกลุ่มทดลองมีค่ากลางคะแนนอาการเหนื่อยล้าในระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (อธิษฐาน แต่แดงเพชร และคณะ, 2555) และวัดผลที่ 1 และ 24 ชั่วโมงหลังคลอด ผลการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนอาการเหนื่อยล้าที่ 1 และ 24 ชั่วโมงหลังคลอดในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) (Lai et al., 2009) การศึกษาของ แชน และคณะ (Chang et al., 2011) ประเมินอาการเหนื่อยล้า โดยใช้เครื่องมือ MFSC ประเมิน 1 ครั้งหลังคลอดในช่วง 1-4 ชั่วโมงหลังคลอด ผลการศึกษาพบว่าผู้คลอดในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนอาการเหนื่อยล้าต่ำกว่าผู้คลอดในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) การศึกษาของ แลม และ แมคโดนัลด์ (Lam & McDonald, 2010) ผู้วิจัยประเมินอาการเหนื่อยล้าโดยใช้เครื่องมือ VAS-F ในการประเมินทั้งหมดจำนวน 4 ครั้ง ประเมินครั้งที่ 1 เมื่อเริ่มเข้าสู่ระยะเจ็บครรภ์จริง ประเมินครั้งที่ 2 เมื่อเข้าสู่ระยะที่ 2 ของการคลอด ประเมินครั้งที่ 3 ภายใน 15 นาทีแรกหลังคลอด และประเมินครั้งที่ 4 ในช่วง 24 ± 2 ชั่วโมงหลังคลอด ผลการศึกษาพบว่าผู้คลอดในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยอาการเหนื่อยล้าที่ 15 นาทีแรกและในช่วง 24 ± 2 ชั่วโมงหลังคลอดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมแต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ เคลลี และคณะ (Kelly et al., 2010) ประเมินอาการเหนื่อยล้าโดยใช้เครื่องมือ VAS ประเมินครั้งแรกเมื่อปากมดลูกเปิดหมด และประเมินครั้งที่ 2 หลังคลอดที่ 1 ชั่วโมง ผลการศึกษาอาการเหนื่อยล้าไม่พบความแตกต่างทั้งสองกลุ่ม

วิธีที่ 2 โปรแกรมการจัดการอาการเหนื่อยล้า

การศึกษาถึงประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการอาการเหนื่อยล้าในระยะคลอดมี 1 เรื่อง เป็นการศึกษาของ สุภาพ ไทยแท้ (2554) งานวิจัยเป็นแบบกึ่งทดลองชนิด 2 กลุ่มวัดผลหลังการทดลอง ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คนแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 30 คน โดยกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมที่เน้นการจัดการกับสาเหตุและอาการพร้อมกัน เพื่อลดปัจจัยที่ก่อให้เกิดอาการเหนื่อยล้า โปรแกรมประกอบด้วย 1) การสนับสนุนทางการพยาบาล 2) จัดทำศิรัษะและลำตัวสูงท่ากึ่งนั่งกึ่งนอน 30 องศา และ 3) แนะนำวิธีการเบ่งคลอดที่ถูกต้อง ผู้วิจัยประเมินอาการเหนื่อยล้า

ในระยะคลอดทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เป็นการให้ความรู้และให้ข้อมูลที่อธิบายในเรื่องแผนการรักษา สำหรับในระยะที่ 2 ของการคลอด ผู้คลอดจะเบ่งคลอดในท่านอนหงายชันเข่า เริ่มกระตุ้นให้เบ่งเมื่อตรวจภายในพบว่าปากมดลูกเปิดหมด เบ่งทุกครั้งที่มีมดลูกหดตัว สำหรับกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการจัดการกับอาการเหนื่อยล้าตามคู่มือที่สร้างขึ้น ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การประเมินความต้องการและประสบการณ์อาการเหนื่อยล้าของผู้คลอด 2) จัดการกับอาการเหนื่อยล้าโดยใช้การสนับสนุนทางการพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย การสนับสนุนทางด้านร่างกาย การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการให้ข้อมูล และการสนับสนุนด้านการประเมินเปรียบเทียบ เริ่มดำเนินการตั้งแต่ปากมดลูกเปิด 3-4 เซนติเมตร จัดท่าคลอดศีรษะและลำตัวสูง 30 องศา และแนะนำวิธีการเบ่งคลอดที่ถูกต้องโดยแนะนำให้ผู้คลอดสูดลมหายใจเข้าลึกๆ กลั้นลมหายใจไว้แล้วเบ่งเต็มที่ เริ่มเบ่งคลอดเมื่อปากมดลูกเปิดหมดและส่วนนำของศีรษะทารกเคลื่อนต่ำอยู่ในระดับเดียวกันหรือต่ำกว่ากระดูกอัสซีซของเชิงกราน หรือร่วมกับผู้คลอดรู้สึกอยากเบ่งเต็มที่ ในการเบ่งแต่ละครั้งไม่เกิน 6-8 วินาที ผู้ช่วยวิจัยประเมินอาการเหนื่อยล้าทั้งสองกลุ่มที่ 2 ชั่วโมงหลังคลอด ผลการศึกษาพบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยอาการเหนื่อยล้าของผู้คลอดในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทั้งรายด้านและโดยรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) คะแนนเฉลี่ยของอาการเหนื่อยล้าในกลุ่มทดลอง (mean 1.70, SD 0.32) น้อยกว่ากลุ่มควบคุม (mean 2.92, SD 0.31) ซึ่งโปรแกรมการจัดการอาการเหนื่อยล้าในระยะคลอดที่เน้นจัดการกับอาการเหนื่อยล้า มีผลทำให้ระยะเวลาในการคลอดสั้นลง และส่งผลทำให้มีอาการเหนื่อยล้าในระยะคลอดลดลงอีกด้วย

วิธีที่ 3 การฟังเพลง

การศึกษาถึงประสิทธิผลการจัดการอาการเหนื่อยล้าด้วยการฟังเพลงในระยะรอคลอดมี 1 เรื่อง คือการศึกษาของ ฟูลตัน (Fulton, 2005) เป็นงานวิจัยเชิงทดลองที่มีกลุ่มควบคุมและมีการสุ่มตัวอย่างเข้ารับการทดลอง และศึกษาในผู้คลอดที่ได้รับการชักนำการคลอดทั้งที่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์และเลือกชักนำการคลอดโดยปราศจากข้อบ่งชี้ ศึกษาประสิทธิผลการฟังเพลงในระยะรอคลอดต่อการรับรู้ความเจ็บปวดและอาการเหนื่อยล้า ผู้คลอดที่ได้รับการชักนำการคลอดโดยการให้ฮอร์โมนออกซิโตซินสังเคราะห์ (synthetic oxytocin) ทำให้ผู้คลอดทุกข์ทรมานจากการหดตัวของมดลูกแรงกว่าการเจ็บครรภ์โดยธรรมชาติ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน ได้รับการสุ่มเข้ากลุ่มทดลอง 20 คนและกลุ่มควบคุม 20 คน ทำการจับคู่ (matching) ให้ทั้งสองกลุ่มมีจำนวนผู้คลอดที่มีลำดับการตั้งครรภ์เหมือนกัน กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ ประเมินการรับรู้ความเจ็บปวดและอาการเหนื่อยล้าเมื่อผู้คลอดมีการหดตัวของมดลูกทุก 5 นาทีหรือน้อยกว่านานมากกว่า 40 วินาที มีความดันในโพรงมดลูกอย่างน้อย 15 มิลลิเมตรปรอท และประเมินอีกครั้งห่างกัน 20 นาที กลุ่มทดลองได้รับการสนับสนุนให้เลือกฟังเพลงที่ชื่นชอบ และรู้สึกผ่อนคลาย สามิหรือญาติได้รับการกระตุ้นให้มีส่วนร่วมในกิจกรรมการฟังเพลง

ผู้ประเมินอยู่กับผู้ทดลองระหว่างฟังเพลง 20-30 นาที เพื่อประเมินการรับรู้ความเจ็บปวดและอาการเหนื่อยล้า (VAS) ก่อนให้กิจกรรม เริ่มฟังเพลงเมื่อผู้ทดลองมีการหดตัวของมดลูกทุก 5 นาทีหรือน้อยกว่า นานมากกว่า 40 วินาที มีความดันในโพรงมดลูกอย่างน้อย 15 มิลลิเมตรปรอท ฟังเพลงเป็นระยะเวลา 20 นาที หลังจากนั้นประเมินการรับรู้ความเจ็บปวดและอาการเหนื่อยล้าอีกครั้ง เก็บรวบรวมข้อมูลผลลัพธ์การคลอดจากรายงานผู้คลอด ผลการศึกษาพบว่าผู้คลอดในกลุ่มฟังเพลงมีการรับรู้อาการเหนื่อยล้าและความเจ็บปวดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .000$, $p < .002$ ตามลำดับ)

การอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการทบทวนอย่างเป็นระบบจากงานวิจัยเชิงปริมาณที่ศึกษาเกี่ยวกับการจัดการอาการเหนื่อยล้าในผู้คลอด โดยคัดเลือกงานวิจัยที่ทำในประเทศไทยและต่างประเทศ ที่รายงานเป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ รายงานไว้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2541 ถึง พ.ศ. 2556 (ค.ศ. 1998 ถึง ค.ศ. 2013) ผลการสืบค้นพบว่ามิงงานวิจัยจำนวน 11 เรื่องที่ผ่านเกณฑ์ในการคัดเลือก โดยใช้แบบคัดกรองงานวิจัยและประเมินคุณภาพงานวิจัย ผู้วิจัยได้อภิปรายผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

ลักษณะทั่วไปของงานวิจัยที่เกี่ยวกับวิธีการจัดการอาการเหนื่อยล้าในผู้คลอด

ลักษณะทั่วไปของงานวิจัยที่ได้รับคัดเลือกมาทบทวนอย่างเป็นระบบครั้งนี้เป็นงานวิจัยที่ทำในต่างประเทศจำนวน 8 เรื่อง โดยตีพิมพ์เผยแพร่เป็นภาษาอังกฤษ และงานวิจัยที่ทำในประเทศไทยจำนวน 3 เรื่อง งานวิจัยที่พบส่วนใหญ่มีระเบียบวิธีวิจัยเป็นแบบเชิงทดลองที่มีกลุ่มควบคุมและมีการสุ่มตัวอย่างเข้ารับการทดลองจำนวน 8 เรื่อง (ร้อยละ 72.7) ส่วนอีก 3 เรื่อง (ร้อยละ 27.3) เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง จำนวนกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ (มากกว่า 30 คน) จำนวน 9 เรื่อง (ร้อยละ 81.8) ลักษณะกลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งเป็นผู้คลอดปกติครั้งแรก งานวิจัยส่วนใหญ่จัดการอาการเหนื่อยล้าโดยการแบ่งคลอด 9 เรื่อง (ร้อยละ 81.8) รองลงมา คือ โปรแกรมการจัดการอาการเหนื่อยล้า 1 เรื่อง (9.1) และการฟังเพลงในระยะรอคลอด 1 เรื่อง (ร้อยละ 9.1) งานวิจัยมีการจัดการกระทำในกลุ่มตัวอย่างและมีวิธีการจัดการอาการเหนื่อยล้าหลากหลาย และพบว่าใช้เครื่องมือประเมินที่แตกต่างกัน จำนวนครั้งในการประเมินต่างกัน ช่วงเวลาในการประเมินต่างกัน และการรายงานข้อมูลทางสถิติในงานวิจัยต่างกัน การทบทวนอย่างเป็นระบบในครั้งนี้ไม่สามารถวิเคราะห์แบบเมต้าได้ ผู้วิจัยจึงวิเคราะห์และสรุปผลการทบทวนอย่างเป็นระบบแบบสรุปเชิงเนื้อหา ตามคำถามการวิจัยโดยจำแนกตามวิธีการจัดการอาการเหนื่อยล้า ดังนี้

วิธีการจัดการอาการเหนื่อยล้าในระยะคลอด

จากการทบทวนอย่างเป็นระบบในครั้งนี้พบวิธีการจัดการอาการเหนื่อยล้าในระยะคลอดมี 3 วิธี ได้แก่ 1) การเบ่งคลอด ที่ประกอบด้วย วิธีการเบ่งคลอดแบบระยะเวลา และวิธีการเบ่งคลอดแบบธรรมชาติ 2) โปรแกรมการจัดการอาการเหนื่อยล้าที่ประกอบด้วย การสนับสนุนทางการพยาบาล การจัดทำศิระสูง และการเบ่งคลอด และ 3) การฟังเพลง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

วิธีการเบ่งคลอด

วิธีการเบ่งคลอดเพื่อลดอาการเหนื่อยล้าในผู้คลอดมี 2 วิธี ได้แก่ วิธีการเบ่งคลอดแบบระยะเวลา (Fraser et al., 2000; Hansen et al., 2002; Mayberry et al., 1999) และวิธีการเบ่งคลอดแบบธรรมชาติ (อริชชาน แต่แดงเพชร และคณะ, 2555; Chang et al., 2011; Kelly et al., 2010; Lai et al., 2009; Lam & McDonald, 2010; Yurachai et al., 2009) ซึ่งวิธีการเบ่งคลอดแบบระยะเวลาเป็นการจัดกระทำเพื่อลดเวลาที่ใช้ในการคลอด ซึ่งเวลาที่ใช้ในการคลอดยาวนานเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการเหนื่อยล้าในระยะคลอด ดังนั้นงานวิจัยที่ให้ผู้คลอดเริ่มเบ่งคลอดเมื่อรู้สึกอยากเบ่งเต็มที่จนไม่สามารถควบคุมทำให้เกิดการเบ่งคลอดอย่างมีประสิทธิภาพ และช่วยลดอาการเหนื่อยล้าได้ (Roberts & Woolley, 1996) เนื่องจากความรู้สึกอยากเบ่งเองตามธรรมชาติเกิดจากส่วนนำของศีรษะทารกในครรภ์ที่เคลื่อนต่ำลงมากกว่าระดับกระดูกอิสเซิลของเชิงกรานไปกระตุ้นรีเฟล็กซ์เบ่งคลอดที่อยู่บนกล้ามเนื้อพื้นเชิงกราน ความรู้สึกอยากเบ่งเองของผู้คลอดช่วยยืนยันว่าส่วนนำมีการเคลื่อนต่ำอยู่ในช่องคลอด (perineal stage) (Long, 2006) โดยผู้คลอดไม่จำเป็นต้องใช้แรงเบ่งมากเกินไป วิธีการเบ่งคลอดแบบระยะเวลาและวิธีการเบ่งคลอดแบบธรรมชาติมีวัตถุประสงค์เดียวกัน คือ เพื่อลดเวลาที่ใช้ในการคลอด

รายงานวิจัยเกี่ยวกับวิธีการเบ่งคลอดแบบระยะเวลาในผู้คลอดที่ได้รับขาระงับความรู้สึกทางช่องเหนือไขสันหลังพบว่ามีจำนวน 3 เรื่อง (Fraser et al., 2000; Hansen et al., 2002; Mayberry et al., 1999) รายงานวิจัยจำนวน 1 เรื่องที่ให้ผลช่วยลดอาการเหนื่อยล้าในผู้คลอดเฉพาะครรภ์แรกที่ได้รับขาระงับความรู้สึกทางช่องเหนือไขสันหลังของ แฮนเซน และคณะ (Hansen et al., 2002) พบว่ามีความน่าเชื่อถือเนื่องจากการศึกษาขนาดใหญ่จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 1,862 คน เป็นการศึกษาแบบพหุสถาบันใน 3 ประเทศทั้งหมด 12 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาล 10 แห่งในประเทศสหรัฐอเมริกา ประเทศสวิตเซอร์แลนด์ 1 แห่ง และประเทศแคนาดา 1 แห่ง สำหรับวิธีการเบ่งคลอดแบบระยะเวลาอีก 2 เรื่อง (Fraser et al., 2000; Mayberry et al., 1999) ไม่พบความแตกต่างระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองอาจเนื่องมาจากผลข้างเคียงจากการได้รับขาระงับความรู้สึกทางช่องเหนือไขสันหลังมีผลทำให้กล้ามเนื้อคลายตัวและทำให้ความรู้สึกอยากเบ่งลดลงหรือไม่รู้สึกอยากเบ่ง มีผลขัดขวาง

กระบวนการคลอดปกติ นอกจากนี้ยังทำให้กล้ามเนื้อพื้นเชิงกรานคลายตัวมีผลช่วยลดความตึงเครียดของส่วนนำศีรษะทารกในครรภ์เพื่อเอาท้ายทอยยื่นรอยต่อกระดูกหัวหน้า ทำให้การคลอดยาวนานและเกิดอาการเหนื่อยล้ามากกว่าผู้คลอดปกติ

รายงานวิจัยเกี่ยวกับวิธีการเบ่งคลอดแบบธรรมชาติในผู้คลอดมีจำนวน 6 เรื่อง แบ่งเป็นการศึกษาในกลุ่มผู้คลอดปกติจำนวน 4 เรื่อง (อริชฐาน แต่แดงเพชร และคณะ, 2555; Yurachai et al., 2009; Lai et al., 2009; Lam & McDonald, 2010) และศึกษาในกลุ่มผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับขาระงับความรู้สึกทางช่องเหนื่อไขสันหลังจำนวน 2 เรื่อง (Kelly et al., Chang et al., 2011) การศึกษาวิธีการเบ่งคลอดแบบธรรมชาติในผู้คลอดปกติครรภ์แรกจำนวน 3 เรื่อง (อริชฐาน แต่แดงเพชร และคณะ, 2555; Yurachai et al., 2009; Lai et al., 2009) ให้ผลช่วยลดอาการเหนื่อยล้า (อริชฐาน แต่แดงเพชร และคณะ, 2555; Yurachai et al., 2009; Lai et al., 2009) ซึ่งมีการจัดกระทำโดยให้ผู้คลอดชะลอการเริ่มเบ่งคลอดจนกว่ารู้สึกอยากเบ่งเต็มที่ ช่วยลดเวลาที่ใช้ในการคลอด ทำให้เกิดการเบ่งคลอดอย่างมีประสิทธิภาพ และช่วยลดอาการเหนื่อยล้าได้ นอกจากนี้มีการจัดกระทำโดยใช้เทคนิคการเบ่งคลอดควบคู่กับให้ผู้คลอดเบ่งในท่าศีรษะสูงอย่างน้อย 30 องศา สำหรับเทคนิคการเบ่งคลอดเป็นการจัดกระทำเพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดภาวะวาล์วซาล์วและป้องกันการเบ่งที่ไ้แรงมากเกินไป ช่วยป้องกันการเกิดอาการเหนื่อยล้าได้ ดังเช่นการศึกษาของ อริชฐาน แต่แดงเพชร และคณะ (2555) มณีวรรณ บุระชัย และคณะ (Yurachai et al., 2009) และ แลม และ แมคโดนัลด์ (Lam & McDonald., 2010) ให้ผู้คลอดเบ่งคลอดและอยู่ในท่าตามต้องการ เป็นการเบ่งคลอดที่ไม่ฝืนธรรมชาติ และการศึกษาของ ไล และคณะ (Lai et al., 2009) มีการกำหนดเทคนิคการเบ่งคลอดแต่ละครั้ง ไม่เกิน 6-8 วินาที พบว่าเทคนิคเบ่งคลอดแบบธรรมชาติช่วยป้องกันการเกิดอาการเหนื่อยล้าในระยะคลอด

ผลการศึกษาวิธีการเบ่งคลอดแบบธรรมชาติมีจำนวน 1 เรื่องที่ไม่พบความแตกต่างระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (Lam & McDonald., 2010) อาจเนื่องมาจากการกำหนดเกณฑ์ในการเริ่มเบ่งคลอดมีความใกล้เคียงกันมากเกินไป โดยกำหนดให้กลุ่มทดลองเริ่มเบ่งเมื่อผู้คลอดรู้สึกอยากเบ่งเต็มที่ร่วมกับส่วนนำของทารกในครรภ์เคลื่อนต่ำอย่างน้อยมากกว่าระดับกระดูกอิสเซียลของเชิงกราน 1 เซนติเมตร ส่วนกลุ่มควบคุมเริ่มเบ่งเมื่อปากมดลูกเปิดหมดร่วมกับส่วนนำของทารกในครรภ์เคลื่อนต่ำอย่างน้อยมากกว่าระดับกระดูกอิสเซียลของเชิงกราน 1 เซนติเมตร ในทางทฤษฎีพบว่าความรู้สึกอยากเบ่งเกิดขึ้นเมื่อศีรษะทารกในครรภ์เคลื่อนต่ำอย่างน้อยเท่ากับระดับกระดูกอิสเซียลของเชิงกราน

รายงานวิจัยเกี่ยวกับวิธีการเบ่งคลอดแบบธรรมชาติในผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับขาระงับความรู้สึกทางช่องเหนื่อไขสันหลังจำนวน 2 เรื่อง (Chang et al., 2011; Kelly et al., 2010) จากการศึกษาของ แชน และคณะ (Chang et al., 2011) ให้ผลช่วยลดอาการเหนื่อยล้าแม้ว่าผู้คลอดได้รับยา

ระงับความรู้สึกทางช่องเหนือไขสันหลัง ผู้วิจัยจะหยุดให้ยาทันทีที่ปากมดลูกเปิดหมด โดยผู้คลอดพักและเริ่มเบ่งคลอดเมื่อรู้สึกอยากเบ่งเต็มที่และสงวนพลังงานไว้ใช้ก่อนการเบ่งคลอด ป้องกันการเกิดอาการเหนื่อยล้าควบคู่กับการกระตุ้นให้เปลี่ยนท่าเป็นการส่งเสริมความก้าวหน้าของการคลอด ส่วนการศึกษาของ แคลลี และคณะ (Kelly et al., 2010) ไม่พบความแตกต่างระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองอาจเนื่องมาจากการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็กจำนวน 44 คนและกลุ่มตัวอย่างได้รับผลข้างเคียงจากยาระงับความรู้สึกอย่างต่อเนื่องในระยะคลอด

โปรแกรมการจัดการอาการเหนื่อยล้า

โปรแกรมการจัดการอาการเหนื่อยล้าในระยะคลอดของ สุภาพ ไทยแท้ (2554) เป็นลักษณะการดูแลผู้คลอดแบบครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยใช้การสนับสนุนทางการแพทย์มาช่วยร่วมกับการจัดทำคลอดศีรษะสูงและการเบ่งคลอดที่ถูกต้อง มีจุดประสงค์เพื่อส่งเสริมความก้าวหน้าของการคลอดและช่วยลดเวลาที่ใช้ในการคลอด ส่งผลให้อาการเหนื่อยล้าลดลง สำหรับการสนับสนุนทางการแพทย์มีจุดเน้นที่ให้การดูแลผู้คลอดตั้งแต่ระยะรอคลอด ตอบสนองความต้องการโดยประเมินความต้องการและประสบการณ์อาการเหนื่อยล้า โปรแกรมเน้นการจัดการกับปัจจัยด้านร่างกายและจิตใจที่ทำให้เกิดอาการเหนื่อยล้าในผู้คลอด ประสิทธิภาพของโปรแกรมการจัดการอาการเหนื่อยล้ามีผลช่วยลดอาการเหนื่อยล้าได้ แต่เป็นการสรุปจากงานวิจัยจำนวน 1 เรื่อง ที่เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง

การฟังเพลง

การฟังเพลงในระยะรอคลอด ช่วยให้ผู้คลอดรู้สึกผ่อนคลาย ช่วยให้การรับรู้อาการเจ็บครรภ์คลอดลดลง และอาจมีผลต่อการปรับเปลี่ยนการรับรู้ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดและช่วยลดอาการเหนื่อยล้า ดังเช่นการศึกษาของ ฟูลตัน (Fulton, 2005) เป็นลักษณะของการจัดการทำเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจจากความเจ็บปวดในระยะรอคลอด ซึ่งความเจ็บปวดเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่ทำให้เกิดอาการเหนื่อยล้าได้ การฟังเพลงช่วยให้ผู้คลอดพักได้และสงวนพลังงานไว้ใช้ก่อนเริ่มเบ่งคลอด นอกจากนี้มีข้อดี คือการมีส่วนร่วมของสามีหรือญาติเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมการฟังเพลงร่วมกัน การฟังเพลงในระยะรอคลอดช่วยลดอาการเหนื่อยล้าได้ แต่เป็นการสรุปจากงานวิจัยจำนวน 1 เรื่อง เป็นงานวิจัยเชิงทดลองที่มีกลุ่มควบคุมและมีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ารับการทดลอง และกลุ่มตัวอย่างมีขนาดเล็ก

การทบทวนอย่างเป็นระบบครั้งนี้ แสดงให้เห็นถึงวิธีการจัดการอาการเหนื่อยล้าในระยะคลอด โดยงานวิจัยส่วนใหญ่มุ่งเน้นการจัดการโดยการเบ่งคลอด ซึ่งมากกว่าครึ่งของผลการศึกษาพบว่าช่วยลดอาการเหนื่อยล้าในระยะคลอดได้ อย่างไรก็ตามผลลัพธ์ของการศึกษาอาการเหนื่อยล้าได้มาจาก

การใช้เครื่องมือประเมินที่ต่างชนิดกัน จำนวนครั้งในการประเมินต่างกัน และประเมินในช่วงเวลาที่ต่างกัน ดังนั้นบุคลากรทางด้านสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาบาลผดุงครรภ์จะนำวิธีการจัดการอาการเหนื่อยล้าไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้คลอดเพื่อป้องกันหรือลดอาการเหนื่อยล้าควรพิจารณาอย่างรอบคอบ



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved